

เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการ ระหว่างผู้คลอดปกติและผ่าตัดคลอด

มานี นาคณาคุปต์, พย.ม.^{1*} พิไลวรรณ ใจชื่น, พย.ม.² ทศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์, วท.ม.³

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติและผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่ได้รับการดูแลในห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2558 ถึง สิงหาคม 2559 จำนวน 359 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่แบบอิสระต่อกัน (Independent t-test) และสถิติแมนวิทนียู (Mann-Whitney U-test)

ผลการวิจัย พบว่าผู้คลอดปกติมีค่าเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด ($\bar{X} = 57.75$, $SD = 15.09$) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก ($\bar{X} = 76.96$, $SD = 9.90$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.90$, $SD = 2.11$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ผ่าตัดคลอดทั้ง 3 ด้าน ($\bar{X} = 54.87$, $SD = 15.70$; $\bar{X} = 72.91$, $SD = 10.73$; $\bar{X} = 6.81$, $SD = 2.09$ ตามลำดับ) การรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติและผ่าตัดคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.783$, $p > .05$ และ $Z = -.449$, $p > .05$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.679$, $p < .001$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีแก่ผู้ที่ผ่าตัดคลอด ให้มารดาได้เฝ้าสังเกตสัมผัสทารกแรกเกิดและให้ทารกได้ดูดนมโดยเร็ว

คำสำคัญ: การรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ความพึงพอใจต่อการบริการ การคลอดปกติ การผ่าตัดคลอด

^{1,2} อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และอาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Manee.nak@cra.ac.th

A comparison of Women's Perceptions of Intrapartum Care Process, Childbirth Experience and Satisfaction with Nursing care between Normal Vaginal Birth and Cesarean section

Manee Nakanakupt, M.N.S.^{1*}, Pilaiwan Jaichaun., M.N.S.², Tasaneewan Purksametanan, M.S.³

Abstract

The purpose of this comparative descriptive research was to compare the women's perceptions of Intrapartum care process, childbirth experience and satisfaction with nursing care between normal vaginal birth and cesarean section. The samples were 359 postpartum women who were taken care in the labor room of Phathumthani Hospital during December 2015 to August 2016. The sample were specifically selected. Instruments used to collect data included demographic record form, intrapartum care process evaluation form with reliability .86, questionnaires on perceptions of labor experience with reliability .81 and satisfaction with nursing care evaluation form. The data were analyzed by descriptive statistics, Independent t-test, and Mann-Whitney U-test.

The result shows that women with vaginal birth have moderate level for mean scores of perceptions of intrapartum care process ($\bar{X} = 57.75$, $SD = 15.09$), perceptions of positive childbirth experience ($\bar{X} = 76.96$, $SD = 9.90$), and satisfaction with nursing care ($\bar{X} = 6.90$, $SD = 2.11$). The mean scores of these perceptions were higher than those women with cesarean section ($\bar{X} = 54.87$, $SD = 15.70$; $\bar{X} = 72.91$, $SD = 10.73$; $\bar{X} = 6.81$, $SD = 2.09$, respectively). The perceptions of intrapartum care process and satisfaction with nursing care were not statistically significant difference between vaginal birth and cesarean section ($t = 1.783$, $p > .05$; $Z = -.449$, $p > .05$, respectively). The perceptions of childbirth experiences were statistically significant difference of ($t = 3.679$, $p < .001$). The findings suggested that nurses should promote the perceptions of positive childbirth experience to women with cesarean section and stimulate cuddling newborn and early breast feeding.

Key words: Perception of intrapartum care process, Perception of childbirth experience, Satisfaction with nursing care, Normal delivery, Cesarean section

^{1, 2} Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

³ Assistant Professor and Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

* Corresponding author e-mail: Manee.nak@cra.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

การคลอดนับเป็นภาวะวิกฤติของผู้คลอด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้คลอดมีความคาดหวังที่จะผ่านพ้นการคลอดไปได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด (Perdel, & Perdel, 2015) โดยผู้คลอดที่ได้รับการดูแลให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดและลดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ หรือได้รับการดูแลที่ตอบสนองตามความคาดหวังในระยะคลอด รวมทั้งผู้ที่ผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัย มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง จะรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก เกิดความพึงพอใจในการคลอดของตนเอง ส่งผลให้การปรับตัวเข้าสู่บทบาทของการเป็นมารดาได้ดี (Velho, Santos, Bruggemann, & Camargo, 2012) ในทางตรงกันข้าม หากผู้คลอดได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด หรือจากการได้รับการทำหัตถการ เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาเร่งคลอด การตรวจภายในบ่อย ๆ (Lucas, Rocha, Costa, Oliveirap, & Melo, 2015) และเผชิญกับสถานการณ์การคลอดในความเป็นจริงที่ไม่ตรงกับ ความคาดหวัง หรือได้รับการดูแลแบบที่ไม่ให้เกียรติ ผู้คลอดจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Tosopon, Khanobdee, & Phumonsakul, 2017) และมีความรู้สึกล้มเหลวในตัวเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือเกิดการบาดเจ็บทางด้านจิตใจ และเกิดความกลัวการคลอดในครรภ์ต่อไปหรือไม่ต้องการที่จะมีบุตรอีก (Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem, 2008)

การส่งเสริมให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องคลอด เนื่องจากการเป็นแรงสนับสนุนหลักที่คอยให้การพยาบาลและเป็นผู้ตอบสนองความต้องการของผู้คลอด ปัจจุบันผู้คลอดและครอบครัวมีความคาดหวังต่อระบบบริการสูงขึ้น ในขณะที่อัตราค่าเลี้ยงของพยาบาลมีจำกัด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องได้ง่าย (Hanucharunkul, Jeangsawan & Partiprajak, 2009) ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดีและตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดได้รับความปลอดภัยและเกิดการรับรู้ประสบการณ์

การคลอดในทางบวก

คุณภาพของการพยาบาลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยโครงสร้าง หมายถึงบริบทในการดูแลผู้คลอดได้แก่ ผู้คลอด พยาบาล และลักษณะขององค์กร ส่วนกระบวนการ หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดในบทบาทอิสระและไม่อิสระ และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการรักษา สำหรับผลลัพธ์ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล มี 6 ด้าน ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์เชิงคลินิก ความรู้เกี่ยวกับโรค ค่าใช้จ่าย สุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความพึงพอใจ (Irvine, Sidani, & McGills-Hall, 1998) การประเมินคุณภาพการพยาบาลนอกจากจะดูจากผลลัพธ์ของการคลอดแล้ว ความพึงพอใจของผู้คลอดก็เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาลในระยะคลอด เนื่องจากเป็นตัววัดความสามารถของการให้การพยาบาล (Kifle, Ghirmai, Berhe, Tesfay, Weldegebriel, & Gebrehiwet, 2017)

การที่พยาบาลผดุงครรภ์ให้การสนับสนุน ดูแล และส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย แสดงออกถึงการให้เกียรติและคำนึงถึงความแตกต่างของผู้คลอด จะช่วยให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจในการคลอดและเกิดประสบการณ์การคลอดในทางบวก ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลอย่างมากจะเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ซึ่งจะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอด ลดการใช้ยาระงับปวดในระยะคลอด และทารกแรกเกิดไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน (Iliadou, 2012) นอกจากนี้การได้สัมผัสโอบกอดทารกแรกเกิดในระยะแรกหลังคลอด ทำให้มารดามีความสุข และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Parisunyaku, Baosoung, & Prasitwatanasaree, 2013) แต่ถ้าผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงที่ไม่สามารถคลอดได้ด้วยตนเอง หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับมารดาและทารก อาจต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการผ่าตัดคลอดเพื่อให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย ผู้คลอดอาจจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก หรืออีกด้านหนึ่งการผ่าตัดคลอดทำให้ผู้คลอดได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น และแตกต่างไปจากภาวะปกติ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะ

แทรกซ้อนที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นภาวะที่เร่งรีบเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์เกิดความปลอดภัย ผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ประสบการณ์ในการคลอดเป็นไปในทางลบได้ (Velho et al., 2012) นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดทำให้มารดาไม่ได้สัมผัสโอบกอดบุตรในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอด สร้างสัมพันธภาพกับบุตรและให้บุตรดุนนมล่าช้า ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะยาวและความพึงพอใจในบริการ (Schneider, Crenshaw & Gilder, 2012)

การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้คลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่แตกต่างกันและได้รับการดูแลที่ต่างกัน ซึ่งลักษณะการดูแลของพยาบาลส่งผลต่อผลลัพธ์ของการคลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การรับรู้ประสบการณ์ในการคลอดและความพึงพอใจในบริการของผู้คลอด เนื่องจากการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดมีความแตกต่างกันจากการแปลความหมาย และการตีความตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้คลอดแต่ละคน (Velho et al., 2012) ทั้งนี้แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี มีการให้บริการผู้คลอดที่มีความหลากหลาย ทั้งภาวะปกติและภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีการประเมินความพึงพอใจในบริการในภาพรวม แต่เนื่องจากลักษณะของการพยาบาลมีความแตกต่างกันในผู้คลอดปกติและผู้ผ่าคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด เกี่ยวกับโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติและผ่าคลอด เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้คลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการของผู้คลอดปกติกับผ่าคลอด
2. เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการ

บริการระหว่างผู้คลอดที่คลอดปกติกับผ่าคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการพยาบาล (Irvine et al., 1998) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ดังนี้ โครงสร้างประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้คลอด พยาบาลและบริบทขององค์กร การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะด้านเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และชนิดของการคลอด ส่วนด้านกระบวนการเป็นการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาล ได้แก่ บทบาทอิสระ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของแพทย์ และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะด้านบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ การส่งเสริมความสุขสบาย และการช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย สำหรับด้านผลลัพธ์ คือการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) ผลลัพธ์เชิงคลินิก 3) ความรู้เกี่ยวกับโรค 4) ค่าใช้จ่าย 5) สุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ 6) ความพึงพอใจ การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผลลัพธ์ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ของการคลอดที่ดีที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเนื่องจากเป็นตัววัดความสามารถของการให้การพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) ประชากร คือ ผู้คลอดที่ได้รับการบริการดูแลในระยะคลอดของแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี ที่อยู่ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด ระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 - สิงหาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และยุติเมื่อกลุ่มตัวอย่างขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนด

จากจำนวนผู้คลอดในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 3,517 ราย โดยเป็นการคลอดปกติ 2,082 รายและผ้ดัดคลอด 1,435 ราย โดยกำหนด 95% confidence interval, Sample size for precision of $\pm 5\%$ เปิดตารางของ Norwood (2000) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 359 ราย โดยมีสัดส่วนผู้คลอดปกติจำนวน 214 ราย และผู้คลอดผ้ดัดคลอดจำนวน 145 ราย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

2. แบบประเมินการรับรู้กระบวนการดูแลในระลอกแรกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดกระบวนการดูแลในระลอกแรกจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลในระลอกแรก ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะพักฟื้นช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 24 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เป็นความจริง, 2 = เป็นความจริงบางส่วน, 3 = เป็นความจริงส่วนมาก และ 4 = เป็นความจริงมากที่สุด ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-96 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้กระบวนการดูแลในระลอกแรกสูง

3. แบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดัดแปลงจากแบบประเมินที่พัฒนาโดย Junsopa et al. (2012) ที่สร้างตามแนวคิดของ Marut & Mercer (1979) มีองค์ประกอบครอบคลุมด้านความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความคาดหวัง ความพึงพอใจต่อการคลอด การควบคุมตนเอง และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 19 ข้อและทางลบ 7 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เป็นความจริง, 2 = เป็นความจริงบางส่วน, 3 = เป็นความจริงส่วนมาก และ 4 = เป็นความจริงมากที่สุด ส่วนข้อความทางลบให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 26-104 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ เป็นลักษณะแบบขั้นบันได 10 ระดับ (Ladder scale) โดยกำหนดตำแหน่งล่างสุด คือ 0 ตรงกับความรู้สึกไม่พึงพอใจเลยและเพิ่มระดับมากขึ้นเรื่อย ๆ ขึ้นด้านบนจนถึงตำแหน่ง

บนสุด คือ 10 ตรงกับความรู้สึกมีความพึงพอใจมากที่สุด และสัมภาษณ์ผู้คลอดถึงเหตุผลที่ผู้คลอดให้ค่าระดับความพึงพอใจเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้กระบวนการดูแลในระลอกแรก และแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในด้านความเข้าใจของภาษาที่ใช้ และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อได้เท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในโดยนำปทดลองใช้กับกลุ่มผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .86 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการด้านจริยธรรมจากสถาบันวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยรังสิตและโรงพยาบาลปทุมธานี (เลขที่ RSEC 09/2558) เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และตอบข้อซักถามจนปราศจากข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมแล้วดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกันกับรายงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กระบวนการดูแลในระลอกแรกกับผลลัพธ์ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและความพึงพอใจต่อการบริการของผู้คลอด (Nakanakupt et al., 2018) ที่ประเมินจากผู้คลอดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มประวัติ และประเมินความพร้อมในการให้ข้อมูลแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์โดย 1) บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ 2) ทดสอบความแตกต่างของการรับรู้กระบวนการดูแลในระลอกแรกและความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติและผ้ดัดคลอดโดยใช้ Independent t-test

เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทดสอบโดยใช้ Mann Whitney U-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 359 ราย เป็นผู้คลอดปกติจำนวน 214 ราย อายุเฉลี่ย 24.73 ปี ($S.D. = 6.3$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา 139 ราย (ร้อยละ 65) รายได้เฉลี่ย 18,871.96 บาท ($S.D. = 19167.46$) ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายพอใช้และไม่มีหนี้สิน 92 ราย (ร้อยละ 43) เคยคลอดบุตรมาแล้ว 138 ราย (ร้อยละ 64.5) ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด 116 ราย (ร้อยละ 54.2) ไม่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ 183 ราย (ร้อยละ 85.5) ไม่มีความผิดปกติในระยะคลอด 191 ราย (ร้อยละ 89.3) ได้สัมผัสโอบกอดทารกแรกเกิดในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด 114 ราย (ร้อยละ 53.3) ทารกไม่ได้ดูตนเองโดยเร็วหลังคลอด 104 ราย (ร้อยละ 48.6)

ผู้ที่ผ่าตัดคลอดจำนวน 145 ราย อายุเฉลี่ย 27.12 ($S.D. = 6.63$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา 82 ราย (ร้อยละ 56.6) รายได้เฉลี่ย 20,227.59 บาท ($S.D. = 12170.09$) ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายพอใช้และไม่มีหนี้สิน 56 ราย (ร้อยละ 38.6) เคยคลอดบุตรมาแล้ว 104 ราย (ร้อยละ 71.7) ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด 92 ราย (ร้อยละ 63.4) มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ 79 ราย (ร้อยละ 54.5) มีความผิดปกติในระยะคลอด 137 ราย (ร้อยละ 94.5) ไม่ได้สัมผัสโอบกอดทารกแรกเกิดในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด 133 ราย (ร้อยละ 91.7) ทารกไม่ได้ดูตนเองโดยเร็วหลังคลอด 144 ราย (ร้อยละ 99.3)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย และประวัติจำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการอบรมเตรียมคลอด ความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอด การสัมผัสโอบกอดทารกแรกเกิดในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ การให้ทารกดูตนเองโดยเร็วหลังคลอด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

2. การรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติกับผ่าตัดคลอด

ผู้คลอดปกติส่วนใหญ่มีการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดระดับปานกลางร้อยละ 54.67 มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 57.75 ($S.D. = 15.09$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการรับรู้กระบวนการดูแลสูง 3 อันดับแรกคือ ได้รับการให้เกียรติความเป็นบุคคล ไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัว เช่น กันม่านเมื่อตรวจภายใน เปลี่ยนเสื้อผ้าหรือปัสสาวะบนเตียง รองลงมาคือ การตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารกและตรวจภายในมีความนุ่มนวลและได้รับทราบผลการตรวจ และได้รับการประเมินอาการและชักประวัติด้วยความสุภาพ ส่วนข้อที่มีการรับรู้ต่ำที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ เมื่อรู้สึกปวดมากจนทนไม่ไหวท่านได้รับการบรรเทาปวดที่เหมาะสมทำให้อาการปวดบรรเทา รองลงมาคือ ได้รับคำแนะนำสถานที่และกฎระเบียบของโรงพยาบาล และ มีโอกาสซักถามความสงสัยและได้รับคำตอบที่ชัดเจนเข้าใจง่ายด้วยความสุภาพ

ส่วนผู้ที่ผ่าตัดคลอดมีการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดระดับต่ำร้อยละ 42.07 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง 54.87 ($S.D. = 15.70$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการรับรู้กระบวนการดูแลสูง 3 อันดับแรกคือ ได้รับการให้เกียรติความเป็นบุคคล รองลงมาคือ การตรวจร่างกายเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ และอันดับที่สามคือได้รับการดูแลความสบายในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ส่วนข้อที่มีการรับรู้ต่ำที่สุด 3 อันดับสุดท้ายคือ ได้ให้บุตรดูตนเองโดยเร็วในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกและแนวทางการดูแลในระยะแรกหลังคลอด และได้ถูกใกล้ชิดกับบุตรและได้โอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอด ทำให้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง 6.81 ($S.D. = 2.09$)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดผู้คลอดปกติส่วนใหญ่เป็นทางบวกร้อยละ 99.53 มีค่าเฉลี่ย 76.96 ($S.D. = 9.90$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูง 3 อันดับแรก คือ รู้สึกว่าได้รับยาหรือการทำหัตถการไม่มากเกินไป เช่น ยากระตุ้นมดลูก ปีบตัว การเจาะถุงน้ำ การตรวจภายใน หรือการตัดแผล

ฝึบ เป็นต้น รองลงมาคือ รู้สึกไม่ผิดหวังต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการคลอดครั้งนี้ และอันดับที่สามคือความเจ็บปวดและความรู้สึกยากลำบากในการคลอดหมดสิ้นไปเมื่อได้ยินเสียงร้องหรือเห็นบุตร ส่วนข้อที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดต่ำ 3 อันดับสุดท้าย คือความเจ็บปวดหรือความยากลำบากจากการคลอดทำให้ไม่ยากดังครรภ์อีก รองลงมาคือ รู้สึกกลัวในการคลอดครั้งนี้ และ มีความพร้อมและได้รับการส่งเสริมให้บุตรได้ดูดนมโดยเร็วหลังคลอด ทั้งนี้ผู้คลอดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการระดับสูงร้อยละ 60.28 แต่มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง 6.90 ($S.D. = 2.11$)

ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้ที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่เป็นทางบวกร้อยละ 98.62 มีค่าเฉลี่ย 72.91 ($S.D. = 10.73$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกสูงสุด 3 อันดับแรกคือ รู้สึกว่าได้รับยาหรือการทำหัตถการไม่มากเกินไป รองลงมาคือ รู้สึกไม่ผิดหวังต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการคลอด

ครั้งนี้เช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ และอันดับที่สามคือมีความสุขที่ได้โอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอดซึ่งแตกต่างจากผู้คลอดปกติ ทั้งนี้ผู้คลอดประมาณครึ่งมีความพึงพอใจต่อการบริการระดับสูงร้อยละ 55.17 แต่มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง 6.81 ($S.D. = 2.09$)

3. เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติกับผ่าตัดคลอด

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ผู้คลอดปกติมีระดับคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดสูงกว่าผู้ที่ผ่าตัดคลอดทั้ง 3 ด้าน โดยการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดและความพึงพอใจต่อการบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.783, p = .075$ และ $Z = -.449, p = .653$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.679, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างผู้คลอดปกติและผ่าตัดคลอด

ตัวแปร	คลอดปกติ		ผ่าตัดคลอด		t	p-value
	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$		
การรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด	27-96	57.75 $\pm$ 15.09	26-92	54.87 $\pm$ 15.70	1.783	.075
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	49-102	76.96 $\pm$ 9.90	49-102	72.91 $\pm$ 10.73	3.679	.000
ความพึงพอใจต่อการบริการ	0-10	6.90 $\pm$ 2.11	0-10	6.81 $\pm$ 2.09		
Median		7.00		7.00	-0.449 ^a	.653
Mean Rank		182.00		177.05		
Sum of Ranks		38947.50		25672.50		

^a = Mann-Whitney U-test

การอภิปรายผล

1. การรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอด ผู้คลอดปกติส่วนใหญ่มีการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับปานกลางสูงกว่าผู้ที่ผ่าตัดคลอดซึ่งมีการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดอยู่ในระดับต่ำและมีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับ

ปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบแล้วไม่มีความแตกต่างกัน เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะข้อที่มีการรับรู้สูงอันดับต้น ได้แก่ ได้รับการให้เกียรติความเป็นบุคคล ไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัว และการให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ซึ่งเป็นการพยาบาลที่สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุน

ข้อสรุปแนวทางการดูแลในระยะคลอดจากสมาพันธ์
นรีเวชวิทยาและสูติศาสตร์ระหว่างประเทศ (FIGO, 2014)
คือ ผู้คลอดทุกคนควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน
และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล ให้ความสำคัญเป็นส่วนตัว
ในการคลอด ไม่ละเมิดทางกาย วาจา อารมณ์ จากการศึกษา
ของโมคัมบีและคณะ (Mocumbi, Hogberg, Lampa,
Sacoor, Vala, Bergstrom, & Sevene, 2019) พบว่า
การให้การพยาบาลอย่างรุนแรงและการไม่ให้เกียรติ หรือ
ไม่เคารพศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ ทำให้เกิดการรับรู้
กระบวนการดูแลในทางลบ ส่วนการศึกษาของไคเฟิลและ
คณะ (Kifle, et al., 2017) พบว่า การขออนุญาตผู้คลอด
ก่อนการทำหัตถการ และการให้ความสำคัญส่วนตัว ไม่มี
การเปิดเผยความเป็นส่วนตัวขณะให้การพยาบาลเป็น
กระบวนการดูแลที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจ

อย่างไรก็ตามยังมีกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้คลอด
รู้สึกได้รับการดูแลยังไม่เพียงพอ คือ ผู้คลอดปกติไม่ค่อย
ได้รับการบรรเทาปวดในช่วงรอคลอด ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้คลอด
คาดหวังและต้องการให้เกิดขึ้นในการที่จะได้รับการดูแล
ช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อให้ตนเองผ่านพ้นไปได้โดยไม่
ทุกข์ทรมานเกินไป (Perdel & Perdel, 2015) อาจ
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คลอดปกติเป็นผู้คลอดครั้งแรก
มากถึงร้อยละ 35 และในจำนวนนี้เป็นผู้คลอดวัยรุ่น
ร้อยละ 25 จึงส่งผลให้ผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวด
ได้น้อย (Sauls, 2004) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
ไม่ได้รับการเตรียมคลอดมาก่อน ร้อยละ 54.2 จึงไม่สามารถ
ควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์
กลุ่มที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดมีระดับความเจ็บปวด
น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Chomkhuntod,
Charuwatcharapaniskul, & Chareonsanti, 2014)
นอกจากนี้ช่วงเวลาการคลอดในเวรบาย-ดึก หรือวันหยุด
จะมีอัตราค่าจ้างของพยาบาลเพียง 3 คน เมื่อมีผู้คลอดมา
รับบริการจำนวนมาก พยาบาลจึงมีกิจกรรมการพยาบาล
ต่าง ๆ ตามแผนการรักษาแก่ผู้คลอด ตั้งแต่การรับใหม่
การประสานงานกับแพทย์ เภสัชกร ห้องผ่าตัด หรือการที่
พยาบาลต้องช่วยกันดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน จึง
ส่งผลให้มีเวลาในการดูแลผู้คลอดเป็นรายบุคคลน้อยลง
ผู้คลอดจึงมีการรับรู้กระบวนการดูแลเพื่อบรรเทาปวดใน
ช่วงรอคลอดไม่เพียงพอ

สำหรับผู้ที่มีผ่าตัดคลอด พบว่า การรับรู้กระบวนการ
ดูแลในระยะคลอดอยู่ในระดับต่ำและมีค่าเฉลี่ยโดยรวม
ระดับปานกลาง เนื่องจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
ร้อยละ 54.4 ซึ่งเกิดจากผู้คลอดหรือทารกในครรภ์เกิด
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจได้รับอันตราย ส่งผลให้เกิดความกังวล
ต่อความปลอดภัยของตนเองและบุตรมากขึ้น การรับรู้
กระบวนการดูแลของผู้คลอดจึงน้อยลง (Tully & Ball,
2008) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อที่มีการรับรู้
กระบวนการคลอดน้อยที่สุด คือ ได้ให้บุตรดูนมตนเอง
โดยเร็วในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากการใช้ยา
ระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัดอาจมีผลทำให้แม่สูญเสีย
ความรู้สึกควบคุมตนเองจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก
ทำให้แม่หลับ การเริ่มดูนมแม่ครั้งแรกจึงล่าช้า นอกจากนี้
ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความไม่สุขสบายจากการมีสาย
สวนปัสสาวะหรือมีสายน้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำ
ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลียของแม่หลังคลอด ยิ่งทำให้การเริ่ม
ดูนมแม่ครั้งแรกของลูกล่าช้าออกไปอีก (Hakularb, &
Thananowan, 2008) ดังนั้นการให้ทารกดูนมโดยเร็ว
ในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในกลุ่มของผู้ที่ผ่าตัดคลอด
จึงน้อยกว่าผู้คลอดปกติ จึงส่งผลให้เกิดการรับรู้
กระบวนการดูแลในระยะคลอดในระดับต่ำ

2. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด การรับรู้
ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดเป็นไปในทางบวก โดย
การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดปกติสูงกว่าผู้ที่
ผ่าตัดคลอด ซึ่งการรับรู้ทางบวกสูงสุด 3 อันดับแรกของ
ผู้คลอดปกติ คือ รู้สึกว่าได้รับยาหรือการทำหัตถการไม่มาก
เกินไป เช่น ยากระตุ้นมดลูกบีบตัว การเจาะถุงน้ำ การตรวจ
ภายใน หรือการตัดแผลฝีเย็บ เป็นต้น รองลงมาคือ รู้สึก
ไม่ผิดหวังต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการคลอดครั้งนี้
และมีความสุขที่ได้โอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอด
อภิปรายได้ว่า การที่ผู้คลอดปกติไม่ได้รับกระบวนการ
พยาบาลที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์
การคลอดในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ
องค์การอนามัยโลกในการส่งเสริมประสบการณ์การคลอด
ในทางบวกด้วยการไม่เจาะถุงน้ำ หรือไม่ให้ยาเร่งคลอด
(WHO, 2018) นอกจากนี้การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธี
การคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย และเติมเต็มสัญญาณ
ของการเป็นมารดา (Rocha, Fontenele, Carvalho,

Rodrigues, Sousa, & Ferreira Júnior, 2015) ด้วยการโอบกอดสัมผัสบุตรในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้ทางบวก (Parisunyaku et al., 2013)

ส่วนผู้ที่ผ่าตัดคลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่แตกต่างจากผู้คลอดปกติ โดยร้อยละ 54.4 เป็นการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน สาเหตุความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ร้อยละ 10.9 รองลงมาคือภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนร้อยละ 2.2 ภาวะแทรกซ้อนนี้จำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนและส่งเสริมการผ่าตัดโดยเร็ว ส่งผลให้เกิดความกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและบุตรมากขึ้น ซึ่งข้อบ่งชี้ที่ทำให้ผู้ที่คลอดต้องเข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินคือภาวะค้ำขื่นของทารกในครรภ์และผู้คลอดมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ในการคลอดทางลบ ประกอบกับผู้ผ่าตัดคลอดไม่ได้รับการโอบกอดสัมผัสบุตรในระยะแรกหลังการผ่าตัดคลอด (Bryanton et al., 2008) ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของผู้คลอดปกติสูงกว่าผู้ผ่าตัดคลอด

3. ความพึงพอใจต่อการบริการ ความพึงพอใจต่อการบริการระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลใกล้เคียงกันโดยเฉพาะข้อที่มีการรับรู้สูงอันดับต้น ได้แก่ ได้รับการให้เกียรติความเป็นบุคคล ไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัว และการให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล สอดคล้องกับการศึกษาของไคเฟิล และคณะ (Kifle et al., 2017) ที่พบว่า ความเป็นส่วนตัว การไม่เปิดเผยผู้คลอดในขณะตรวจ การขออนุญาตก่อนทำหัตถการ เป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจในระยะคลอด ส่วนการศึกษาของ คูจาวสกี (Kujawski, Mbaruku, Freedman, Ramsey, Moyo, Kruk, 2015) พบว่า การดูแลที่ไม่ให้ความเคารพผู้คลอด มีผลทำให้ความพึงพอใจลดลง รวมทั้งทำให้การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลที่ลดลงด้วย

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแล้วพบว่าผู้คลอดปกติมีระดับความพึงพอใจต่อการบริการสูงกว่าผู้ที่ผ่าตัดคลอด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้คลอดปกติรู้สึกไม่ผิดหวังต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการคลอดครั้งนี้ อภิปรายได้ว่าความคาดหวังในการคลอดมีความสำคัญ

ต่อความพึงพอใจ (Iliadou, 2012) หากการคลอดในสถานการณ์จริงเป็นไปตามความคาดหวัง ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจ (Perdel & Pirdel, 2015) นอกจากนี้การได้โอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอด และการให้บุตรได้ดูดนมในระยะแรกหลังคลอด เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจ (Kifle et al., 2017) จากการศึกษาของ พิไลวรรณ ใจชื่น และจิตา กนกเทศ (Jaichaun & Kanoathes, 2013) พบว่ามารดามีความพึงพอใจต่อการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอดระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 98.5

สำหรับผู้ผ่าตัดคลอด พบว่า ข้อที่มีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ได้ให้บุตรดูดนมตนเองโดยเร็วในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกและแนวทางการดูแลในระยะแรกหลังคลอด และ ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุตรและได้โอบกอดบุตรในระยะแรกหลังคลอด เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินร้อยละ 54.4 ซึ่งเป็นภาวะที่พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนและบางรายอาจถูกนำตัวส่งเข้าห้องผ่าตัดโดยเร็ว ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลภาวะสุขภาพของตนและทารกในครรภ์จากแพทย์หรือพยาบาล จากการศึกษาของ เมลิสและคณะ (Melese, et al., 2014) พบว่า การที่พยาบาลให้ข้อมูลและอธิบายรายละเอียดของการทำหัตถการที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มารดาเกิดความไม่พึงพอใจ นอกจากนี้การไม่ได้โอบกอดสัมผัสทารกแรกเกิดในระยะแรกหลังคลอดและมีความล่าช้าในการให้ทารกได้ดูดนมมารดา ส่งผลให้ผู้ผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการบริการน้อยกว่าผู้คลอดปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่ผ่าตัดคลอด เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีด้วยการให้การพยาบาลที่ดีในระยะคลอด มีการสื่อสารหรือให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัวอย่างเพียงพอ ให้มารดากับทารกได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยเร็ว ด้วยการให้มารดาได้โอบกอดบุตรและกระตุ้นให้บุตรดูดนมมารดาโดยเร็วหลังคลอด

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการคลอดระหว่างกลุ่มผู้คลอด เช่น ผู้คลอดปกติครั้งแรกกับ

ครรภ์หลัง หรือเปรียบเทียบประสบการณ์การคลอดผู้ที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนกับแบบฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้คลอด ผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลปทุมธานี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และที่ปรึกษาทุกท่านที่คอยชี้แนะจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 24-34.
- Chomkhuntod, P., Charuwatcharapaniskul, U. & Chareonsanti, J. (2014). Effects of childbirth preparation on pain level, duration of labor, and perceptions on childbirth experience in adolescent pregnant women. *Nursing Journal*, 41(1), 13-25. (In Thai)
- FIGO Committee on Safe Motherhood and Newborn Health. (2014). *Mother and newborn friendly birthing facility* [Internet]. Available from: <https://www.figro.org/sites>.
- Hakularb, P., & Thananowan, N. (2008). Barrier of initial breastfeeding in labor room. *Nursing Journal*, 24(2), 14-23. (In Thai)
- Hanucharunkul, S., Jeangsawan, N. & Partiprajak, S. (2009). Results and evaluation of advanced nursing practitioners in Hanucharunkul S. and Panpakdee O. (Ed.) *Advanced Nursing Practice: Integrating into Practice*. Bangkok: Judthong. 87-113. (In Thai)
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labor. *Health Science Journal*, 6(3), 385-391.
- Irvine D., Sidani S., & McGills-Hall I. (1998). Linking outcome to nurse's role in health care. *Nursing Economic*, 16(2), 58-64.
- Jaichaun, P. & Kanoathes, T. (2013). *Effect of skin to skin between mothers and newborns after birth immediately on maternal satisfaction and breastfeeding at 6 weeks and 6 months*. Paper presented at the 4th National Breastfeeding Conference, Bangkok: Miracle Hotel. (In Thai)
- Junsopa, M., Baosoung, C. & Parisunyaku, S. (2012). Effects of social support on labor pain and perception of childbirth experience among primiparous adolescent parturients. *Nursing Journal*, 39(4); 71-84. (In Thai)
- Kifle, M.M., Ghirmai, F.A., Berhe, S.A., Tesfay, W.S., Weldegebriel, Y.T., & Gebrehiwet, Z.T. (2017). Predictors of Women's Satisfaction with Hospital-Based Intrapartum Care in Asmara Public Hospitals, Eritrea. *Obstetrics and Gynecology International*. Retrieved 7 November 2019 from <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2017/3717408/>.
- Kujawski, S., Mbaruku, G., Freedman, L.P., Ramsey, K., Moyo, W., Kruk, M.E. (2015). Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Maternal and Child Health Journal*, 19(10), 2243-2250.
- Lucas, M.T.B., Rocha, M.J.F., Costa, K.M.M., Oliveirap, G.G., & Melo, J.O. (2015). Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(1), 1-7.
- Marut, J.S., & Mercer, R.T. (1979). Comparison of primipara's perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-266.

- Melese, T., Gegrehiwot, Y., Bisetegn, D. & Habte, D. (2014). Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. *Pan African Medical Journal*, 17(76), 1-9.
- Mocumbi, S., Hogberg, U., Lampa, E., Saco, C., Vala, A., Bergstrom, A., ... & Sevene, E. (2019). Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(19), 303-317.
- Nakanakupt, M., Kanungbut, P. & Noykerd, T. (2018). Relationship between perceptions of Intrapartum care Process, childbirth experience perception and satisfaction with nursing care among parturients. *Nursing Journal*, 45(1), 50-61. (In Thai)
- Okafor, I.I., Ugwu, E.O., Obi, S.N. (2015). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128(2), 110-113.
- Parisunyaku, S., Baosoung, C. & Prasitwatanasaree, P. (2013). Predictors of women's perceptions of the positive childbirth experience. *Nursing Journal*, 40(Supplement), 84-93. (In Thai)
- Pirdil, M., & Pirdel, L. (2015). A comparison of women's expectations of labour and birth with the experiences in primiparas and multiparas with normal vaginal delivery. *Journal of Kathmandu Medical College*, 4(1), 16-25.
- Rocha, F.A.A., Fontenele, F.M.C., Carvalho, I.R., Rodrigues, I.D.C.V., Sousa, R.A., Ferreira Júnior, A.R. (2015). Care during labor and birth: mothers' perception. *Rev Rene*, 16(6), 782-789.
- Sauls, D. J. (2004). Adolescents' Perception of Support During Labor. (4). 36-42.
- Schneider, L.W., Crenshaw, J.T., & Gilder, R.E. (2012). Influence of Immediate Skin-to-Skin Contact During Cesarean Surgery on Rate of Transfer of Newborns to NICU for Observation. *Nursing for Women's Health*, 21(1), 28-33.
- Tosopon, S., Khanobdee, C. & Phumonsakul, S. (2017). Selected factors predicting childbirth experience of laboring women with unplanned cesarean section. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(1), 159-170. (In Thai)
- Tully, K.P. & Ball, H.L. (2008). Maternal accounts of their breast-feeding intent and early challenges after caesarean childbirth. *Midwifery*, 30(6), 712-719.
- Velho, M.B., Santos E.K., Bruggemann, O.M., & Camargo, B.V. (2012). Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: Integrative review of women's perceptions. December 1, 2019, accessed from http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a26v21n2.pdf.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.